

КВАРТАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ПРАВАХ/СТАТУСЕдля получения денежной помощи, талонов на питание
и CMSP штата

ЭТО ОТЧЕТ ЗА (МЕСЯЦ) _____

ЗАПОЛНИТЕ, ПОДПИШИТЕ И ВЕРНИТЕ ЭТУ ФОРМУ 5-ГО ЧИСЛА СЛЕДУЮЩЕГО МЕСЯЦА ПОСЛЕ **ОТЧЕТНОГО** МЕСЯЦА**НУЖНА ПОМОЩЬ? ПОЗВОНИТЕ СВОЕМУ
СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ**

Имя, фамилия работника: _____

Телефон работника: _____

ШТРИХОВОЙ КОД: _____

Просьба прекратить выплату пособий (Если вы заполните этот раздел, поставьте подпись и дату на обороте данной формы. Вы можете снова подать заявление на получение пособий в любое время.) Я прошу прекратить предоставление мне
 пособия наличными продовольственных талонов Medi-Cal CMPS штата в последний день: _____ МЕСЯЦ/ГОД

Часть 1: Какие события произошли ЗА отчетный месяц?**1. Получал ли кто-нибудь из членов семьи доход от работы или обучения или из другого источника?** **ДА** **НЕТ**

Если «ДА», перечислите все виды дохода ниже и приложите корешки чеков или другие подтверждающие документы.
 (Примеры видов дохода см. в инструкциях.)

Кто получал доход?	Источник	Общий доход	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					
		Число часов работы или профессионального обучения					
Кто получал доход?	Источник	Общий доход	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					
		Число часов работы или профессионального обучения					
Кто получал доход?	Источник	Общий доход	\$	\$	\$	\$	\$
		Дата получения					
		Число часов работы или профессионального обучения					

2. Платил ли кто-нибудь из членов семьи за уход за ребенком, инвалидом или другим иждивенцем, в то время, когда он работал, занимался поисками работы, посещал учебное заведение или проходил профессиональное обучение? **ДА** **НЕТ**

Если «ДА», укажите все расходы ниже и приложите подтверждающие документы.

Имя, фамилия лица, получавшего уход	Сумма	Имя, фамилия лица, получавшего уход	Сумма
	\$		\$

3. Платил ли кто-нибудь из членов семьи, получающий талоны на питание, алименты на ребенка или супругу по решению суда? **ДА** **НЕТ**

Если «ДА», укажите уплаченную сумму и приложите документ, подтверждающий оплату.

Имя, фамилия лица, платившего алименты	Сумма	Имя, фамилия лица, платившего алименты	Сумма
	\$		\$

Часть 2: Какие события произошли СО ВРЕМЕНИ последнего Квартального отчета?**4. Кто-либо въехал ли или выехал из вашего дома или вы переехали жить к другому лицу?** **ДА** **НЕТ**

Если «ДА», заполните приведенный ниже раздел.

Имя, фамилия члена семьи	Кем вам приходится	Объясните, что произошло	Дата изменения

5. Кто-нибудь из членов вашей семьи покупал, получал, продавал, обменивал или отдавал имущество? **ДА** **НЕТ**

(Примеры видов имущества см. в инструкциях.)

Кому принадлежит имущество?	Тип имущества	Стоимость
		\$

6. Был ли кто-нибудь из членов вашей семьи осужден за преступление, связанное с хранением, использованием или продажей контролируемых веществ? Скрывался ли кто-нибудь из членов вашей семьи или уклонялся от правосудия, чтобы избежать любого судебного преследования, содержания под стражей или тюремного заключения после вынесения обвинительного приговора? Нарушал ли кто-нибудь из членов вашей семьи правила условно-досрочного освобождения? ДА НЕТ

Если «Да», то кто? _____ Дата осуждения _____

7. Произошло ли какое-либо из перечисленных ниже событий с кем-нибудь из членов вашей семьи? ДА НЕТ

- Если «ДА», укажите ниже и приложите подтверждающие документы.
- Вступление в брак, расторжение брака, разезд супругов.
 - Беременность, роды, аборт или выкидыш.
 - Наступление инвалидности, выздоровление после инвалидности или серьезной болезни.
 - Получение гражданства, изменение иммиграционного статуса, получение новой карты, формы или письма от INS.
 - Начало, прекращение или изменение действия льгот по медицинской или зубной страховке или полису страхования жизни, включая покрытие MEDICARE.
 - Учащийся 16 лет или старше начал или прекратил учебу в школе или колледже. Вы можете просить возмещения расходов на обучение, проезд в школу и т.д.
 - Начал или прекратил работать, отказался от предложения работы или профессионального обучения, число часов работы или профессионального обучения увеличилось или уменьшилось, принял участие в забастовке.
 - Начал или перестал получать услуги помощи на дому.
 - **Только для получателей денежной помощи:** дети 6-17 лет перестали или начали регулярно посещать школу.

Имя, фамилия члена семьи	Кем вам приходится	Объясните, что произошло	Сумма	Дата изменения
			\$	
			\$	

Часть 3: Каких изменений вы ОЖИДАЕТЕ в ближайшие три месяца?

8. Ожидаете ли вы каких-либо изменений дохода или расходов (за исключением платы за жилье и коммунальные услуги) в ближайшие три месяца? Если «ДА», укажите ниже и приложите подтверждающие документы. (Примеры дохода и расходов см. в инструкциях). ДА НЕТ

Имя, фамилия члена семьи	Источник доходов и тип расходов	Причина изменения	Какую сумму должен составить общий доход в каждом из следующих 3 месяцев?		
			1-й месяц	2-й месяц	3-й месяц

ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА Заполните этот раздел, ТОЛЬКО если вы переехали или изменили почтовый адрес

НОВЫЙ домашний адрес				Новый номер телефона
Номер	Город	Штат	Почтовый индекс	()
Изменилась ли плата за квартиру и коммунальные услуги после переезда?				Дата переезда
Номер	Город	Штат	Почтовый индекс	
Изменилась ли плата за квартиру и коммунальные услуги после переезда? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				Сумма \$
Объясните:				

УДОСТОВЕРЕНИЕ

МНЕ ИЗВЕСТНО, ЧТО: если я умышленно сообщу неполную или ложную информацию о моем доходе, имуществе или составе семьи в целях получения или продления пособий или льгот, то мне может грозить судебное преследование. Мне могут предъявить обвинение в совершении преступления, если мне будут предоставлены денежная помощь, талоны на питание и/или CMSP штата, на которые я не имею права, в сумме, превышающей 400 долларов. Копия инструкций и мер наказания за подачу заведомо ложного Квартального отчета о правах/статусе семьи в целях получения денежной помощи, талонов на питание и/или CMSP штата, мною получена.

ВЫ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬ ЭТОТ ОТЧЕТ И ПОСТАВИТЬ НА НЕМ ДАТУ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ ОТЧЕТНОГО МЕСЯЦА, ИНАЧЕ ЭТОТ ОТЧЕТ БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ НЕПОЛНЫМ. Сознвая, что дача ложных показаний карается по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, я заявляю, что вся информация, содержащаяся в данном отчете, является подлинной, верной и полной.

КТО ДОЛЖЕН РАСПИСАТЬСЯ НИЖЕ:

Получатели денежной помощи: вы, ваша супруга, получающая пособие, и второй родитель (детей, получающих пособие), если живет с семьей.

Получатели талонов на питание: глава семьи, член семьи или уполномоченный представитель семьи.

Получатели CMSP штата: вы, ваша супруга или лицо, действующее от имени получателя.

ПОДПИСЬ ИЛИ ПОМЕТКА	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
		()	()
ПОДПИСЬ СУПРУГА(И) ИЛИ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ПОМЕТКИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНЯВШЕГО ФОРМУ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
			

ИНСТРУКЦИИ И МЕРЫ НАКАЗАНИЯ**КВАРТАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ПРАВАХ/СТАТУСЕ**

Для получателей денежной помощи, талонов на питание и программы штата по предоставлению округом медицинских услуг (CMSP)

Нужна помощь? Позвоните своему социальному работнику.

- Если вы не отправите полный отчет, включающий, в частности, ответы на все вопросы, содержащиеся в форме QR 7/SAWS QR 7, приложив подтверждающие документы в установленные нами сроки, то выплата ваших пособий может быть отсрочена или прекращена, а их сумма изменена. **Если нужно, приложите отдельный лист бумаги.**
- Факты, которые вы сообщаете, могут привести к увеличению, уменьшению или прекращению выплаты ваших пособий.
- Отправьте заполненный отчет до 5-го числа следующего месяца после отчетного месяца.

Примеры

Доход	<ul style="list-style-type: none"> ● Зарплата ● Отпускные ● Алименты на ребенка/ супругу ● Страховые выплаты или выплаты по судебному урегулированию ● Доход от аренды жилья и помощь с оплатой жилья ● Любые государственные пособия ● Пособие штата по инвалидности 	<ul style="list-style-type: none"> ● Свой бизнес ● Чаевые ● Проценты или дивиденды ● Пособия для баствующих ● Налоговый возврат ● Пособие по безработице ● Пенсия социального страхования ● Дополнительное федеральное пособие или пособие штата по социальному страхованию (SSI/SSP) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Жалованье ● Доход «натурой», такой как работа за жилье, а также предоставление бесплатного жилья, коммунальных услуг, одежды, питания ● Выигрыши в азартные игры и лотерею ● Наличные, подарки, ссуды, стипендии ● Другие частные или государственные пособия по инвалидности или пенсии ● Пособие по нетрудоспособности ● Пенсия ветерана или железнодорожника
Имущество	<ul style="list-style-type: none"> ● Автомобили ● Остаток электронного перевода пособий ● Дом 	<ul style="list-style-type: none"> ● Чековый счет ● Сберегательные облигации ● Земля 	<ul style="list-style-type: none"> ● Сберегательный счет ● Полис страхования жизни ● Доверительная собственность
Расходы на жилье	<ul style="list-style-type: none"> ● Квартплата ● Плата за коммунальные услуги 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ипотечная ссуда на покупку жилья ● Страхование домовладельца 	<ul style="list-style-type: none"> ● Налоги на имущество ● Плата за сбор мусора
Расходы	<ul style="list-style-type: none"> ● Медицинские расходы ● Взносы на медицинское страхование ● Уход за ребенком/ иждивенцем 	<ul style="list-style-type: none"> ● Плата за обучение и учебные материалы ● Обязательная плата за школьное обучение ● Алименты на ребенка/супругу 	<ul style="list-style-type: none"> ● Плата за проезд ● Жилье и питание ● Расходы на жилье

Меры наказания

НАКАЗАНИЯ ЗА МОШЕННИЧЕСТВО В ЦЕЛЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ И ПОСОБИЙ ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ: Если вы умышленно нарушаете правила сообщения информации в целях получения денежной помощи, то размер вашей денежной помощи может быть уменьшен на определенный период времени, с вас может быть взыскан штраф в размере до 10000 долларов, и/или вас могут приговорить к тюремному заключению сроком до 3 лет.

Вас могут лишить денежной помощи:

- за сообщение неполной или ложной информации: на 6 месяцев при первом нарушении, на 12 месяцев при втором нарушении и навсегда при третьем нарушении;
- за подачу одного или нескольких заявлений на получение помощи несколько раз за один и тот же период времени: на 2 года при первом нарушении, на 4 года при втором нарушении и навсегда при третьем нарушении;
- за осуждение за мошенничество с целью получения помощи: на 2 года за получение мошенническим путем сумм до 2000 долларов, на 5 лет за получение мошенническим путем сумм от 2000 до 4999 долларов и навсегда за получение мошенническим путем сумм от 5000 долларов;
- навсегда: за предоставление округу подложных документов в качестве подтверждения местожительства в целях одновременного получения помощи в двух или нескольких округах или штатах; за предоставление округу ложной информации о ребенке, не имеющем права на получение пособия, или о несуществующем ребенке; за получение мошенническим путем денежной помощи в сумме свыше 10000 долларов; за третий приговор судебного или административного органа по обвинению в мошенничестве.

НАКАЗАНИЯ ЗА МОШЕННИЧЕСТВО В ЦЕЛЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ: Если вы умышленно нарушаете правила сообщения информации в целях получения талонов на питание, то предоставление вам талонов на питание может быть приостановлено на 12 месяцев при первом нарушении, на 24 месяца при втором нарушении и навсегда при третьем нарушении. С вас может быть взыскан штраф в размере до 250000 долларов, и вас могут приговорить к тюремному заключению сроком до 20 лет.

- **Если на судебном или административном слушании вас признают виновным в том, что вы:**
- обменивали или продавали талоны на питание за огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, вас могут лишить талонов на питание навсегда при первом нарушении;
- обменивали или продавали талоны на питание за контролируемые вещества, предоставление вам талонов на питание может быть приостановлено на 24 месяца при первом нарушении и навсегда при втором нарушении;
- обменивали или продавали талоны на питание на сумму 500 долларов или более, вас могут лишить талонов на питание навсегда;
- предоставили округу ложные личные сведения или ложную информацию о местожительстве в целях одновременного получения талонов на питание несколько раз, предоставление вам талонов на питание может быть приостановлено на 10 лет.